

## ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПОЗАОРГАНИХ ПУХЛИН І КІСТ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ

<sup>1</sup>О. Б. Кутовий, <sup>2</sup>А. В. Снісар, <sup>1</sup>П. О. Гриценко, <sup>2</sup>В. І. Люлька, <sup>1</sup>Г. О. Родинська

<sup>1</sup>Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна,

<sup>2</sup>Комунальний заклад «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова», м. Дніпро, Україна

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NON-ORGAN TUMORS AND CYSTS OF RETROPERITONEAL SPACE

<sup>1</sup>O. B. Kutovyi, <sup>2</sup>A. V. Snisar, <sup>1</sup>P. O. Hrytsenko, <sup>2</sup>V. I. Liulka, <sup>1</sup>G. O. Rodynska

<sup>1</sup>State institution «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Public Health of Ukraine», Dnipro, Ukraine,

<sup>2</sup>Municipal institution «Dnepropetrovsk regional clinical hospital named after I.I. Mechnikov», Dnipro, Ukraine

### Реферат

**Мета дослідження.** Вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики і можливостей хірургічного лікування позаорганих пухлин та кіст заочеревинного простору.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати хірургічного лікування 51 хворого з первинними позаорганими новоутвореннями заочеревинного простору. В 43 (84,3%) хворих були виявлені пухлини заочеревинного простору, у 8 (15,7%) – кісти.

**Результати та обговорення.** Клінічний перебіг пухлин заочеревинного простору супроводжувався перевагою больового синдрому та синдрому малих ознак при злоякісних формах. Ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія дозволяли встановити локалізацію, структуру та розповсюдженість пухлини. Радикальне видалення заочеревинного новоутворення стало можливе у 52% хворих. В 20% хворих були використані комбіновані хірургічні втручання.

**Висновок.** Складність діагностики та хірургічного лікування заочеревинних новоутворень пов'язана з відсутністю характерних клінічних проявів захворювання, значними анатомічними змінами у ділянці втручання, відсутністю стандартних підходів до виконання операцій.

**Ключові слова:** пухлини та кісти заочеревинного простору, клініка, діагностика, хірургічне лікування.

### Abstract

**The aim of the study.** To study the peculiarities of clinical course, diagnostics and possibilities of surgical treatment of non-organ retroperitoneal tumors and cysts.

**Materials and methods.** The results of surgical treatment of 51 patients with primary non-organ neoplasms of the retroperitoneal space are analyzed. In 43 (84,3%) patients, tumors of the retroperitoneal area were detected, and 8 (15,7%) were cysts.

**Results.** The clinical course of tumors of the retroperitoneal space was accompanied by the advantage of pain syndrome and syndrome of small signs in malignant forms. Ultrasound and computed tomography allowed to determine the localization, structure, and prevalence of the tumor. Radical removal of retroperitoneal tumors became possible in 52% of patients. In 20% of patients, combined surgical interventions were used.

**Conclusions.** The complexity of diagnostics and surgical treatment of retroperitoneal tumors is associated with the absence of characteristic clinical manifestations of the disease, significant anatomical changes in the area of intervention, the absence of standard approaches to the execution of operations.

**Keywords:** retroperitoneal tumors and cysts, clinic, diagnostics, surgical treatment.

Первинні позаоргани новоутворення заочеревинного простору (НЗП) зустрічаються рідко та складають 0,1–0,3% у структурі онкологічних захворювань [1]. Серед них доброякісні форми складають 20–40%, злоякісні форми – 60–80%. Однак цей розподіл досить умовний, тому що доброякісні пухлини нерідко мають інфільтративний ріст, високу схильність до швидкого рецидиву та малигнізації.

НЗП містять у собі різні по морфологічній структурі та походженню новоутворення, що розвиваються із тканин заочеревинного простору, більшість з них мають мезодермальне або нейрогене походження. Їх поєднує локалізація патологічного процесу, схожі клінічні симптоми, загальні підходи до діагностики та хірургічного лікування. Крім мезенхімальних та нейрогенних пухлин до новоутворень заочеревинного простору згідно ембріогенезу відносять тератоми та кисти. Кіста заочеревинного простору – це патологічна порожнина у тканинах, що має стінки та рідинний вміст [2].

Клінічний перебіг НЗП не має специфічних ознак, що обумовлює випадкове виявлення пухлин при різних діагностичних маніпуляціях та при досягненні нею великих розмірів. Для виявлення НЗП використовуються всі сучасні методи променевої діагностики. Важливим при діагностиці НЗП є оцінка розповсюдженості патологічного процесу, що дозволяє прийняти остаточне рішення про можливість хірургічного лікування та визначити вид оперативного втручання [3]. Характерними ознаками первинних мезенхімальних пухлин заочеревинного простору є неспецифічність клінічних проявів, занедбаність, значний відсоток злоякісних форм і їх схильність до рецидивування [4].

Провідним методом лікування цих пухлин є хірургічне втручання. Променева терапія та хіміотерапія мало ефективні, використовуються у комбінації з хірургічним лікуванням або у випадку неможливості його виконання. У зв'язку із складністю операцій навіть при доброякісних формах пухлин відсоток радикального видалення

НЗП коливається від 25 до 73% [5]. Оперативні втручання здебільшого характеризуються значною крововтратою, потребують високої кваліфікації хірурга, в окремих випадках супроводжується комбінованими резекціями органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Крім того, навіть під час операції виникають складності при диференційній діагностики між злоякісними та доброякісними пухлинами.

Тому важливим є накопичення та аналіз досвіду діагностики та хірургічного лікування НЗП.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики і можливостей хірургічного лікування позаорганих пухлин та кіст заочеревинного простору.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У хірургічній клініці Дніпропетровської обласної лікарні ім. І. І. Мечнікова за період з 2006 по 2017 рік проведено лікування 51 хворого з позаорганими новоутвореннями та кістами заочеревинного простору. Чоловіків було 18 (35,3%), жінок – 33 (64,7%). Вік хворих коливався від 19 до 77 років.

Пухлини заочеревинного простору були виявлені у 43 (84,3%) пацієнтів, кісти – у 8 (15,7%) хворих. У 32 (62,7%) випадках новоутворення було розташоване у правих відділах заочеревинного простору, у 11 (21,6%) – ліворуч, у 6 (11,7%) – пухлина займала заочеревинний простір з обох боків, у 2 (4%) – пухлина знаходилася заочеревинно у порожнині малого тазу.

Для уточнення гістологічної структури видалених пухлин в 9 (17,6%) випадках проведена імуногістохімічне дослідження. З орієнтацією на будову тканин дослідження виконували з використанням панелі антитіл до  $\alpha$ -SMA ( $\alpha$ -гладком'язовий актін), десміну (м'язовий гістогенез), CD 117 (маркер гастроінтестинальної стромальної пухлини (GIST), CD 34 (маркер ендотелія судин), S100 (маркер нейроектодермального походження), віметіну (маркер м'якотканинного походження, ко-експресія в лімфомах та меланомах), Ki-67 (маркер про-

ліферації), Dog1 (маркер GIST), MSA (м'яз-специфічний антиген), панцитокератинів AE1/A3 (маркери епітелія), калретіну (маркер мезотеліоми), синаптофизин (маркер синаптичних контактів), хромограніну (маркер нейроендокринних гранул), CD56 (маркер нейроендокринних клітин).

До групи доброякісних пухлин за даними гістологічного та імуногістохімічного дослідження були віднесені 18 (41,9%) пацієнтів, злоякісні пухлини діагностовано у 25 (58,1%) хворих (табл. 1).

При видаленні кісти заочеревинного простору у 5 хворих цієї групи при гістологічному дослідженні в 1 випадку встановлена холестеринова кіста, в 1 – епідермальна кіста, в 1 – геморагічна кіста, в 1 – фіброзна тканина з відсутністю особливих гістологічних ознак, в 1 – стінка кісти з сплосченим витонченим епітелієм, що нагадував ендотелій, у товщі стінок жирова тканина. Результати цитологічного дослідження рідини заочеревинних кіст, що було виконано в 3 випадках, мали неспецифічні ознаки з відсутністю атипових клітин.

В діагностичній програмі використовували загальноклінічні та біохімічні лабораторні методи дослідження, які не мали специфічності у цієї категорії пацієнтів. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини та заочеревинного простору вважали скринінговим методом, який дозволяв оцінити локалізацію, розміри та структуру пухлини, її взаємне відношення з оточуючими тканинами, намітити напрямки подальшого обстеження пацієнта. Серед рентгенологічних методів при наявності порушення евакуації використовували контрастне дослідження органів шлунково-кишкового тракту та сечовивідної системи. Мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастним підсиленням та магнітно-резонансна томографія значно підвищували ефективність діагностики характеру та розповсюдженості пухлин, їхнє взаємовідношення з магістральними судинами. Ендоскопічні методи дослідження застосовували у випадках підозри на інвазію пухлини в органи шлунково-кишкового тракту.

Таблиця 1. Розподіл хворих за гістологічним типом пухлини

Гістотип пухлини	Доброякісні пухлини (n=18)	Злоякісні пухлини (n=25)
Мезодермальні пухлини	Лейоміома (n=2)	Лейоміосаркома (n=3)
	Гемангіома (n=1)	Рабдоміосаркома (n=1)
	Мезенхімома (ангіофіброліптома) (n=2)	Фібросаркома (n=1)
	Фіброліптома (n=1)	Саркома (n=4)
	Десмоїдний фіброматоз (n=1)	Ліпосаркома (n=3)
	Фіброма (n=3)	Злоякісна мезотеліома (n=1)
	Ліпома (n=2)	Злоякісна фіброзна гістіоцитом (n=1)
		Злоякісна мезенхімома (n=2)
Нейрогенні пухлини		GIST (n=1)
	Шванома (n=1)	Нейроендокринний рак (n=1)
Пухлини з ембріональних залишків	Нехромафіна парагангліома (n=1)	
	Тератома (дермоїдна кіста) (n=4)	
Інші пухлини		Неходжкінська лімфома (n=3)
		Лімфосаркома (n=2)
		Семінома (n=1)
		Метастаз меланоми у позаочеревинний простір (n=1)

Таблиця 2. Скарги хворих з пухлинами і кістами заочеревинного простору

Скарги хворого	Вид патології			Всього (n=51)
	Доброякісні НЗП (n=18)	Злоякісні НЗП (n=25)	Позаоргані кісти (n=8)	
Больовий синдром	9 (50%)	23 (92%)*	7 (87,5%)	39 (76,5%)
Нудота	3 (16,7%)	1 (4%)	2 (25%)	6 (11,7%)
Блювота	2 (11,1%)	1 (4%)	-	3 (5,8%)
Здуття живота	1 (5,6%)	3 (12%)	-	4 (7,8%)
Відчуття важкості у животі	5 (27,7%)	3 (12%)	-	8 (15,7%)
Загальна слабкість	6 (33,3%)	15 (60%)	3 (37,5%)	24 (47,1%)
Схуднення	3 (16,7%)	6 (24%)	1 (12,5%)	10 (19,6%)
Підвищення температури тіла	-	6 (24%)	-	6 (11,7%)
Збільшення живота	4 (22,2%)	6 (24%)	-	10 (19,6%)
Пальпація пухлини	10 (55,6%)	13 (52%)	1 (12,5%)	24 (47,1%)
Скарг не має	2 (11,1%)	-	1 (12,5%)	3 (5,8%)

*Примітка.* \* - статистично достовірні відмінності ( $p < 0,05$ ) показників серед хворих з доброякісними та злоякісними пухлинами

Таблиця 3. Види хірургічного лікування позаорганих новоутворень заочеревинного простору

Вид операції	Вид патології			Всього (n=50)
	Доброякісні НЗП (n=17)	Злоякісні НЗП (n=25)	Позаоргані кісти (n=8)	
Лапаротомія, видалення пухлини (кісти)	10 (58,8%)	11 (44%)	5 (62,5%)	26 (52%)
Тораколапаротомія, видалення пухлини	1 (5,9%)	-	-	1 (2%)
Лапаротомія, біопсія пухлини	4 (23,5%)	6 (24%)	-	10 (20%)
Позаочеревинний доступ, біопсія пухлини	-	3 (12%)	-	3 (5,8%)
Лапароскопія, біопсія пухлини	-	1 (4%)	-	1 (2%)
Трепан-біопсія пухлини під контролем УЗД	2 (11,8%)	4 (16%)	-	6 (11,7%)
Дренування кисти під контролем УЗД	-	-	3 (37,5%)	3 (6%)

Статистичну обробку даних проводили із застосуванням програмних пакетів EXCEL 2000 та Statistica 6.0. Для визначення достовірності застосовували критерій Ст'юдента при довірчому інтервалі  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз особливостей клінічного перебігу НЗП показав, що термін від початку виникнення перших скарг до діагностики пухлини склав до 1 місяця у 15 (29,4%) хворих, від 1 до 3 місяців – у 9 (17,6%), від 3 до 6 місяців – у 8 (15,7%), від 6 до 12 місяців – у 5 (9,8%), більше 12 місяців – 14 (27,5%). Тобто, більше ніж у 50% випадків відмічалася пізня діагностика пухлини від початку виникнення скарг хворого. У 39 (76,5%) випадках хворі скаргилися на біль різної інтенсивності. При цьому, больовий синдром частіше зустрічався при злоякісних пухлинах ( $p < 0,05$ ). Крім того при злоякісних пухлинах переважали прояви синдрому малих ознак – загальна слабкість, схуднення, підвищення температури тіла (табл. 2).

У 18 (35,3%) пацієнтів клінічний перебіг захворювання супроводжувався виникненням ускладнень, які, переважно, були пов'язані зі компресією або проростанням новоутворення сусідніх органів. У 10 хворих виявлено пієлогідронекроз з проростанням або компресією пухлини нирки або сечівника, у 2 – реактивний гідроторакс, у 2 – компресія нижньої горизонтальної частини дванадцятипалої кишки, у 2 – асцит, в 1 – розповсюдження пухлини на брижу тонкої кишки, в 1 – перфора-

ція кістоподібної пухлини у вільну черевну порожнину, в 1 – кровотечу з пухлини, в 1 – розповсюдження пухлини на здухвину кістки, в 1 – розпад пухлини з виникненням абсцесу. При цьому, у 1 хворого встановлено одночасно три ускладнення, у 1 – два.

Тактику хірургічного лікування планували в залежності від локалізації, розмірів та розповсюдженості пухлини, наявності ускладнень. При КТ-дослідженні ознаками злоякісного новоутворення вважали неоднорідність структури з наявністю некрозів та мікрокальцинатів, нерівномірне накопичення контрастної речовини, нечіткість контурів, багато вузлова структура та інвазія пухлини у сусідні органи і тканини (рис. 1). Ознаками доброякісного новоутворення заочеревинного простору вважали однорідну структуру пухлини, чіткі контури, відсутність або незначне накопичення контрастної речовини (рис. 2).

У хворих з дермоїдними кістами (тератомами) при КТ-дослідженні виявляли округлі новоутворення з чіткими контурами, неоднорідної структури з наявністю жирової тканини, кіст, звапнення.

Оперативне втручання виконано 50 (98%) хворим, в 1 випадку хвора відмовилась від операції (табл. 3). У якості оперативного доступу переважно використовували середню лапаротомію, в 1 випадку – тораколапаротомічний доступ, у 1 хворої – лапаротомію за Пфаненштилем, в 3 – позаочеревинний доступ. При наявності компресії сечовивідних шляхів 2 хворим проведено стентування сечівника, 2 – пункційну нефростомію.

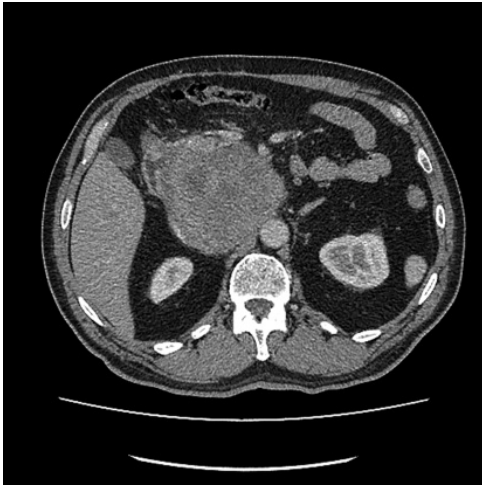


Рис. 1.  
Лейміосаркома.



Рис. 2.  
Фіброліпома.

У 10 (20%) хворих видалення пухлин та кіст супроводжувалось додатковими операціями. В 2 випадках була виконана нефректомія, по одному – резекція діафрагми, холецистектомія, пластика сечівника на стенті, резекція ілеоцекального кута з ілеоасцендоанастомозом, гастродуоденостомія, спленектомія, резекція термінального відділу тонкої кишки, гастроентеростомія.

Таким чином, радикальні оперативні втручання вдалося виконати в 52% випадків. Післяопераційні ускладнення виникли у 7 (14%) хворих. В 1 випадку при видаленні пухлини, що була розташована позаду гепатодуоденальної зв'язки та дванадцятипалої кишки, виник вогнищевий панкреонекроз, зовнішня жовчна нориця та порушення евакуації зі шлунка, хворій була виконана операція – гастроентеростомія з ентероентероанастомозом за Брауном, зовнішнє дренирування холедоха. В 1 випадку виявлено реактивний плеврит, в 1 – кровотеча з пухлини після біопсії, що потребувало повторної операції та тампонування, в 1 – обхідний гастроентероанастомоз та чрезшкірна холецистостомія з приводу механічної жовтяниці та гастростазу, в 2 – релапаротомія з приводу внутрішньочеревної кровотечі. В 1 випадку в післяопераційному періоді виникла шлунково-кишкова кровотеча, що була зупинена консервативними методами. Летальних випадків не було.

У віддаленому періоді 2 (9,5%) хворих були оперовані з приводу рецидиву пухлини.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Klimenkov AA, Gubina GI. Neorgannyye zabryushinnye opuholi: osnovnye principy diagnostiki i hirurgicheskaya taktika. Prakticheskaya onkologiya. 2004; № 4 (20):285–290. [In Russian]
2. Boyko VV, Dalavurak VP, Savvi SA, Lyhman VN, Taraban IA, Vorob'ov FP et al. Neorgannyye opuholi zabryushinnogo prostranstva: diagnostika i hirurgicheskoe lechenie. Kharkivska khirurgichna shkola. 2011; №4(49):26–31. [In Ukrainian]
3. Gjul'mamedov FI, Engenov NM, Zhadinskij AN Gigantskaja lipoma zabryushinnogo prostranstva. Ukrainskyi zhurnal khirurgii. 2012; № 1 (16): 101–102. [In Ukrainian]
4. Gupta AK, Cohan RH, Francis IR, Sondak VK, Korobkin M. CT of recurrent retroperitoneal sarcomas. Am J Roentgenol. 2000 Apr;174(4):1025–30. DOI:10.2214/ajr.174.4.1741025.
5. Zubkov RA, Rasulov RI. Neposredstvennye rezul'taty hirurgicheskogo lecheniya neorgannykh zabryushinnykh opuholej. Sibirskij onkologicheskij zhurnal. 2009; №2 (32):31–5. [In Russian]

#### ВИСНОВКИ

1. Позаоргані заочеревині новоутворення характеризуються складністю діагностики, відсутністю характерних клінічних проявів. Це обумовлює їх пізні виявлення, що супроводжується розвитком ускладнень або значними розмірами новоутворень та інвазією у сусідні органи.

2. Сучасні методи променевої діагностики дозволяють запідозрити характер пухлини, виявити її розповсюдженість, наявність ускладнень.

3. Хірургічне лікування цієї патології проводиться на тлі значних анатомічних змін у ділянці втручання, характеризується відсутністю стандартних підходів до виконання операції та необхідністю виконання комбінованих резекційних втручань.

4. Планування програми лікування хворого з позаорганими заочеревиними новоутвореннями повинне ґрунтуватися на доопераційній чи субопераційній морфологічній верифікації пухлини та спрямоване радикальне вилучення пухлин.